兒童青少年精神醫學通訊

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.8, No.2, Summer 2009

2009 夏季號

本期主題 自閉症疾患的治療

• 第十一屆兒童青少年精神醫學會年會

- 秘書處公告 …… 1
- 2009年會紀實
  - 台灣兒童青少年精神醫學會十一周年年會暨學術研討會紀實 …… 1
- 得獎感言
  - 金杏獎 • 保羅楊森優秀期刊論文獎 …… 2
- 專欄文章
  - 改善自閉症溝通之介入療育 …… 5
  - 自閉症類疾患兒童之整體與輔助療法 …… 6
  - 自閉症孩童睡眠障礙之評估與治療 …… 9
  - 自閉症臨床藥物治療 …… 10
- 98年夏季號通訊考題 …… 13
- 文獻選讀
  - Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder …… 14

秘書處公告

1. 第十一週年年會暨學術討論會已於 2009 年 6 月 14 日假臺大醫院國際會議中心圓滿落幕，計有會員 128 人，非會員 34 人參加。
2. 感謝嬌生股份有限公司楊森大藥廠、台灣禮來股份有限公司、鴻汶醫藥實業有限公司、台灣大塚製藥股份有限公司、臺灣阿斯特捷利康股份有限公司、元鼎國際開發有限公司、長智文化事業有限公司、荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司積極支持本學會學術活動及研究，裨益兒童青少年精神醫學相關學術及衛教資訊之流通。
3. 為表達對台灣兒童青少年精神醫學有卓越貢獻者之尊崇，並表彰其典範，第六屆第四次理監事會通過創立金杏獎，並於第六屆第二次會員大會中對第一屆得獎人徐澄清教授頒贈本獎項，並同時舉辦徐教授著作展覽及影片介紹之活動，供後進深入了解及學習。
4. 第二屆「保羅楊森博士台灣兒童青少年精神醫學優秀期刊論文、壁報論文暨講述論文獎」得獎名單：

   優秀期刊論文獎：

   周文君醫師

   商志雍醫師

   優秀壁報論文獎：

   黃雅芬醫師

   倪信章醫師

   江惠綾醫師

   優秀講述論文獎：

   商志雍醫師

   簡意玲醫師
5. 台大醫院、馬偕紀念醫院、台北榮總暨關渡醫院、衛生署桃園療養院、台中榮民總醫院、高雄市立凱旋醫院、高雄長庚醫院、林口長庚兒童醫院、彰化基督教醫院通過 98 年度兒童青少年專科醫師訓練醫院評鑑，訓練容額不變。
6. 2009 年度秋季繼續教育課程研討會擬於 10 月份假台南成大醫院舉行，敬請會員屆時踴躍報名參加。

2009 兒青年會紀實

台灣兒童青少年精神醫學會十一周年年會暨學術研討會紀實

台大醫院 fellow 楊立光醫師

兒童青少年精神醫學會已經十一歲了，已經快要從「兒童」邁入「青少年」的階段了，也許是為了讓這個「孩子」能更加快速地成長茁壯，這一次的年會在老師們的精心策劃下，特別邀請了美國加州大學 Irvine 分校 James Swanson 教授與會，發表了精闢的演講，還讓部分的口頭報告以全英文的方式呈現出來接受評比，而且，還有海峽對岸十四位兒心同好組團前來參加，這可能是台灣各醫學會中的創舉吧！

要記錄今年的年會，可能要從前一天說起。星期六當天上午，來自海峽對岸北京、上海、深圳各地的十四位兒心同好，便在丘彥南理事長及台大醫院林育如醫師的引導下（我與倪信章、黃惠群醫師充當工友），參訪了台大醫院兒童心理衛生中心、兒童醫療大樓及兒童日間病房，期間對我們在 921 震災後災童的處理經驗、過動症的研究，以及日間病房對自閉症兒童的早期療育模式充滿興趣，提問了相當多的問題，顯現出對岸在兒童精神醫學的發展亦相當蓬勃。當天下午，在台大國際會議中心舉行了會前會，由高淑芬教授及 Swanson 教授進行了兩場精采的演講，高教授對發展中文 SNAP-IV 量表信效度研究嚴謹的程度，連 Swanson 教授都說佩服，也覺得有點 embarrassed，當初自己在發展英文版的 SNAP-IV 時都沒有這麼嚴謹；而 Swanson 教授則將可說是對 ADHD 治療有劃時代影響的 MTA study 做了深入的剖析，包括最初的研究，還有二年、三年、八年，甚至是最近十年的追蹤結果。

而星期日，年會當天，我一大早起來便

十分的焦慮，腦中一直盤算著到底要不要吞一顆 Inderal 來幫忙減少上午要上台英文報告的 performance anxiety。過度的焦慮果然會讓效率變差，原本預定好要提早到的，但是到了會場，Swanson 教授的演講正巧要開始，幸好沒錯過。而教授的演講，果然具有大師的風範，是以其角度來看之後 ADHD 未來發展的方向，包括對注意力不足的定義及評估、影像學及基因、改善注意力的方式，以及對家長的 COPE(Community Parent Education Program) 模式等。但聽完教授的演講後，我就更緊張了，因為接下來就是講述論文發表，而我是六位中的一位，第一次以英文發表，而且還要接受 Swanson 教授以及老師們的評分，只好趕快多做幾個腹式呼吸。上台發表的每一位演講者都相當優秀，不過，我腦海中卻浮現某位醫師說過的一句話：「每年都要做一件挑戰自己的事情」。也許，我就把它當成我在台大兒心這一年來的驗收及挑戰吧！不過，還是要感謝高老師在最後提問時跳出來幫我們解圍。

本次年會總共有 14 篇講述論文，34 篇壁報論文，顯示兒童精神醫學的研究正蓬勃的發展。此外，還有一場相當特別的專題討論會：「精緻臺灣兒童青少年社區精神醫療」。會中邀請松德院區、桃療、陳珠璋教授及陳信昭醫師，分享團隊在兒心社區精神醫療及基層醫療的經驗，最後再由桃療陳院長及草療陳副院長報告配合目前依衛生署的政策，成立的「心理衛生辦公室」執行狀況，讓我們看到心理衛生初級、二級預防漸露曙光，也看到我們的老師們真的是盡心盡力、不求回報地在為兒童，乃至於國人的心理衛生努力不懈。

此次年會還設立了一個特別的獎項「金杏獎」，今年是第一屆，獲獎的是徐澄清教授，以獲獎來形容可能不太恰當，應該是說，要以這一個獎項，來表達學會，乃至於台灣兒童精神醫學界對徐教授的感謝之意，最令人感動的是，頒獎過程中，梁歆宜醫師精心地將徐教授歷年來的事蹟，配合著各個時期的照片，製作成一部紀錄短片，在大螢幕上投影出來，而教授也在致詞中回顧當年自己在兒童精神醫學剛萌芽時，第一篇個案報告的情形，雖然那好像是一個美麗的錯誤；徐教授也特別「第一次」公開感謝師母多年來的支持與奉獻，雖然教授現在仍過著退而不休的生活，不過教授伉儷兩人鶼鰈情深，照片中牽手走在沙灘上的影像，與頒獎人宋維村院長手中僅能代表台下後生晚輩萬分之一感謝心意的心型獎座，伴隨著會場中久久不墜的掌聲，此時此刻的感動，已深深烙印在在場每一個人的心中。

期待，這個即將從「兒童」邁入「青少年」的學會繼續成長；也期待，自己能繼續追隨老師們的腳步，在老師們辛勤耕耘的沃土中，努力汲取養分，逐漸茁壯。

得獎感言

第一屆兒童青少年精神醫學『金杏獎』得主－徐澄清教授

徐澄清教授

2009 年 6 月 12 日頒獎前後和晚宴，與醫師們晤談中發現大部分年輕醫師都不甚了解台灣兒童青少年精神醫學的發展過程，因此，利用此機會對歷史作交代。

我於 1951 年進入台大醫院神經精神科，因為我是第一個會講客家話的醫師，格外受歡迎。因為我對兒童特別有興趣，除了接受住院醫師訓練課程之外，林宗義主任要我多看 16 歲以下（為什麼 16 歲以下，到現在還是一

個謎）個案。科內沒有人可以督導我，只能參考 Leo Kanner 的”Textbook of Child Psychiatry” Frederic Allen 的 ”Psychotheray Therapy with Children” 及 Arnold Gesell 的 ”Developmental Diagnosis”，自我摸索。1953 年，科的門診正式成立「兒童部」，陳珠璋教授和葉英堃教授也主動參與門診診治的行列。遊戲治療室設在舊精神神經科大樓的西邊走廊。1957 年由聯合國兒童基金會及 WHO 協助，台灣省衛生處和台大醫學院合辦的「兒童心理衛生中心（兒心）」成立，科的「兒童部」併入其中，除了中心的門診工作之外，臨床心理師、社工師及心理衛生護士等也開始參與以不同專業同仁組成的團體「巡迴性心理衛生門診 (Mobile Clinic)」方式到學校、輔育院和社區（與社區衛生局合作）推展兒童青少年的第一、二和三次元心理衛生工作（此工作於 1972 年 2 月由於政府政策的轉向而中止）。

1958 年，我獲得 WHO Fellowship in Child Psychiatry，前往 Judge Baker Guidance Center-Children's Hospital Medical Center, Department of Psychiatry, Boston 接受為期 2 年的 Training Program for Child Psychiatry；柯永河教授也由 WHO 資助，在 The University of Michigan, Ann Arbor 攻讀臨床心理學的碩士學位。

1960 年「兒童心理衛生中心」新樓落成。1960 年起兒童心理衛生中心的工作團體與「教師研習會」的課程專家及台北市中山國民學校合作，訓練我國首批的三位「智能不足學童特殊教育老師」。1962 年，台北市教育局核准（意指增加 3 位正式編制教師名額）在中山國小創辦台灣教育史上第一班「智能不足學童特殊教育班（中山班）」，此後以中山班為師資訓練中心，至 1969 年教育部接辦之前，已在台北市四所國小開辦 7 班。1960 年起，兒心以 3 年時間替台北市東門國小訓練 3 位專任輔導老師 (Counselor)，1963 年 9 月在該校成立台灣教育史上第一個由專任輔導老師推動的「心理衛生室」，這就是國際學校心理衛生界也熟悉的所謂”East-Gate Project”。從 1968 年起，兒心的工作團體在台北市西門國小訓練一位專任輔導老師試辦另類學校心理衛生工作，即訓練每位級任老師能早期發現適應欠佳學生，問題較簡單者在專任輔導老師做後盾下由級任老師自己輔導，問題較複雜者在「巡迴性心理衛生門診」討論，甚至轉介來兒心。因為此模式可輔導的學生較多，且只需增加一位教員編制。

至 1972 年，台北市共有 14 所國小採取此模式推展學校心理衛生工作。1968 年義務教育延長為 9 年，初中改為國中，政府把「輔導工作」改稱「指導工作」，每一國中置一位「指導工作執行秘書」，但他們只接受短期的上課式「職前訓練」，無法勝任實務工作。兒心從聯合國兒童基金會 (UNICEF) 爭取到為期 4 年的資助，與台北市大直國中合作，以西門國小模式，一面補強「指導工作執行秘書」的在職訓練，一面訓練每位導師和科任老師做早期發現及初步輔導，複雜個案轉介至「指導工作執行秘書」室，與「巡迴性心理衛生門診」討論或轉介至兒心。

1967 年兒心開辦台灣第一所兒童日間留院治療，以外顯性行為問題學生為對象；1970 年留英的楊思根臨床心理師回國後改為行為治療導向，並訓練家長在家也持續執行行為治療模式，以自閉症學齡前兒童為對象的日間病房。1974 年開始接受第一位他院精神科醫師（高雄療養院施燦雄醫師）為期一年的兒童青少年精神醫學次專科醫師訓練，當時的結業證書是在院長是由邱仕榮院長親自頒發。

至 1980 年為止，兒心同仁們所發表的論著都與臨床個案、各種量表之本土化例如 CCDI、活動量表和 Clancy's Rating Scale，編訂本土量表例如氣質量表，建立瑞文氏非語文智力測驗之本土常模及在推展社區心理衛生工作上所發現問題之深入探討有關。1980 年代以後與國際出名學者們協同進行”Cross National Study of Children's Reading and Mathematics” 和 ”Prospective Follow up Study of Children Prenatally Exposed to Polychlorinated Biphenyls and their Contaminants”，都是為期 10 年以上的研究計畫。因為兩個研究都與學習障礙及兒童發展有關，因此被邀請成為 Fellow, International

Academy for Research in Learning Disabilities 及 Fellow, International Society for Study in Child Development. 1985 年，Secretary, Section of Child and Adolescent Psychiatry, World Psychiatric Association 來函邀請我參加 Member, Executive Committee, Section of Child and Adolescent Psychiatry。

有不少同仁問我：你一方面開創我國兒童青少年精神醫學的各項工作，除了台大兒心和精神科的行政之外，還前往高雄療養院、桃園療養院，國泰醫院（教授的休假年）及成大推展繁重的行政工作，那裡來的時間寫作？那是習慣：1. 我幾乎每日早出晚歸，但在家，除了少數的例外，每日睡前我都挪出約 90 分鐘查文獻及寫作（我知道我們的年輕一代也有人如此做）；2. 在國內外學會口頭發表的論著事前必需寫成投刊雜誌的文章；內人常向我埋怨說：『家是我的旅館』。

（註：因為編幅關係只能簡略地寫，想更仔細了解的同仁可向學會秘書處索取相關資料）。

徐澄清，2009/06/26 於淡水鎮紅樹林

優秀期刊論文獎得獎感言

高雄長庚醫院兒童心智科主任
周 文 君 醫師

此次得獎之論文是國內許多兒青醫師共同努力完成的第一個藥物研究的次論文，當然要先感謝所有共同參與的醫師，讓我有此機會與您們共享此份榮耀！

論文完成的過程，謝謝台大高淑芬教授不厭其煩的指導與協助，讓此篇論文幾經波折，終於被接受，甚至得已有此機會獲獎，對我而言，更體驗一句老話，要怎麼收，先怎麼栽，有志者事竟成！更鼓勵年輕醫師多多參與論文寫作，長江後浪推前浪，大家一起努力吧！

優秀期刊論文獎得獎感言

台大醫院精神部主治醫師
商 志 雍

很榮幸能夠獲得今年度的期刊論文獎與口述論文獎，獲獎的主題是有關兒童睡眠問題及注意力不足過動症的內在表現型研究。睡眠及注意力不足過動症是兒童青少年精神醫學所關注的重點，兩者對於個案的家庭、課業、以及人際關係等各個層面都會造成明顯的影響。在睡眠問題方面，我們的研究發現兒童睡眠與情緒行為障礙之間有顯著的關係，也與母親懷孕期間的危險因子有關聯，因此本研究對於兒童精神狀態的臨床評估與治療均其有參考價值；另外在注意力不足過動症方面，此疾病除了注意力不足、過動、以及衝動等三個核心症狀之外，過去研究顯示個案在某些神經心理學的測驗上會呈現功能缺損，本研究則是評估注意力不足過動症的個案以及其未發病的手足，在視覺記憶方面是否有缺損的現象，而研究結果顯示與健康對照組相比之下，這些個案與手足在視覺記憶方面均有明顯的障礙，因此視覺記憶可以作為注意力不足過動症的內在表現型。

當進行本研究時，從我的老師高淑芬醫師獲得許多寶貴的引導和鼓勵，讓我能從一個門外漢逐漸進入兒童精神醫學研究領域，她不但指導學生有關研究方法上的重要課題，對於研究態度的專注與嚴謹，她更是我們這些學生最好的榜樣，我能夠獲得這次的獎勵，首先要深深感謝的就是高淑芬老師。其次，也要感謝我的妻子洛琳，她的默默付出使我能在溫暖的家庭支持中投入研究的探索工作。最後，更要感謝我的上帝，祂所賜的恩典永遠都是超過我所求所想的。

專欄文章

改善自閉症溝通之介入療育
Intervention to Improve Communication in Autism

Author: Rhea Paul, Ph D
Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.
2008:17,835-856

台北市立聯合醫院婦幼院區
早期療育評估中心主治醫師翁菁菁

溝通缺陷是自閉症疾患之核心症狀之一。自閉症疾患在嬰幼兒期大多都有語言發展遲緩的問題。語言溝通發展在自閉症的早期診斷是很重要的，在學齡前就出現功能性語言是預後較好的，而口語表現的流暢性及適應性也是區別高功能及低功能自閉症疾患之重要因素。因此如何改善自閉症疾患的溝通能力是十分重要的，本文將溝通障礙之介入方法分成兩大類討論，一是口語前期的溝通行為，二是已有口語但無法適切使用於社交場合。

I. 口語前期及萌發期孩童之溝通療育

自閉症疾患早期溝通特質包括 (1) 對語言反應少 (2) 共同注意力發展缺陷 (3) 溝通次數少 (4) 無法用口語以外的方法進行溝通 (5) 缺乏象徵性及模仿行為。口語前期之療育都以改善以上 5 種缺陷為治療目標，主要分成三大類，一是以行為制教導為主 (didactic) 二是自然生成 (naturalistic) 三是發展或語用 (developmental or pragmatic)，強調功能性溝通。

1. 行為教導介入 (Didactic approaches)：以行為理論為基礎，運用高度結構化，制約方式進行塑造 (shaping)，誘導 (prompting)，誘導消褪 (fading) 及增強制度等策略，訓練目標為直到孩童無須誘導就能產生目標反應為止。此介入方法倚賴大量引導，誘發反應及增強，使溝通變成被動，無法類化及持續為主要缺點。
2. 自然生成 (naturalistic)：當下應用行為分析 (contemporary applied behavior analysis) 主要針對傳統行為治療無法類化的問題進行修正，最早在 1975 年由 Hart 及 Risley 提出，是較自然的 (naturalistic)，透過適度引導及增強，增強物是較內在的，如孩童的願望或社會性增強的達成。ABA 有各種不同方法，其中以 Milieu teaching(周遭環境教導) 集其大成，訓練方法包括：
   (1) 在每天情境中訓練
   (2) 治療活動要融入日常生活中
   (3) 以參與者喜好的玩具及活動作為自我增強物
   (4) 使用期待來鼓勵自發性溝通
   (5) 以肢體手勢或指示有興趣的物品或活動來等待孩童起始練習教學策略
   (6) 以孩童想要的物品或活動來獎勵其反應
3. 發展為基礎，社交語用策略：
   此種介入是以自閉症孩童和一般兒童有相同的語言發展為理論基礎。在口語表達未出現時可以用其他的溝通方式來表達其意圖。重點包括：
   (1) 追隨孩童的意願並允許他選擇互動的過程及材料
   (2) 使用正常的溝通發展模式提供療育目標為最佳的指導原則
   (3) 為自閉症疾患孩童提供密集的機會參與類似正常發展孩童的活動中，並深信這是學習社交溝通技能最有效的教材
   (4) 利用自然情境中的互動過程作為教學機會而非倚賴事先設計的課程
   (5) 以功能性目標為療育重點
   (6) 強調非口語溝通為語言發展的先決條件之一。

此理論下發展的療育策略有地板時間 (floor time)，關係發展介入 (relationship development intervention)，勝過口語 (More than words) 等。

另類輔助溝通策略也是以發展為基礎，因為所有的人都需要溝通。對感官或肢體重度障礙的孩童，即早使用輔助溝通策略是必要的，常用於自閉症疾患的方法包括手語 (sign language)，圖片交換溝通系統 (picture exchange communication system PECS)，溝通輔具 aided augmentive and alternative communication)

結論：早期溝通介入療育中，行為教導策略和當下應用行為分析都強調誘導自閉症疾患孩童口語出現，據研究結果顯示也確有效果，但因個案過少，缺乏控制組，其實證醫學之可信度仍待評估。發展—語言介入模式強調社交溝通互動的改善，但也缺乏大規模研究來支持療效的證實性，從事訓練者需要經驗累積及高度的治療技巧方能達到改善效果。

自閉症疾患已有口語表達能力者，其溝通缺陷包括仿說、代名詞反轉 (此二種問題會隨語言技巧增加而減少)，說話缺乏聲調變化，語用問題。在語用缺陷常見的現象有：

(1) 使用不切題的細節
(2) 不適當的話題轉移

(3) 盤據過久的主題
(4) 對同伴釋出的線索沒反應
(5) 缺乏相互交換意見
(6) 不適切的澄清
(7) 模糊的推論
(8) 刻版的表白
(9) 過多的型式

II. 對有口語表達的自閉症疾患之介入療育

1. 行為教導介入：

以應用行為分析 (ABA) 為主的訓練課程，如教我說話 (Teach Me Language, Freeman 1996), 口語行為 (Verbal Behavior program, Sundberg, 2001) 它們強調訓練項目包括：

(1) 仿說 (echoes)：練習模仿口語行為
(2) 需求 (mands)：由口語行為立即得到好處
(3) 方法 (tacts)
(4) 用特徵、功能、類別來接收口語訊息並做出反應
(5) 融會 (intraverbals)：對他人的口語表達作出非仿說式的反應，而非傳統形為學派之介入，例如可運用圖片交換系統 (PECS) 課程運用圖片和句型卡來達到溝通目的。

2. 自然而成介入 (Naturalistic approach)：

運用圖卡或影片，錄影示範等方式教導孩童在不同的社交場合如何與人溝通，教導者和孩子彼此模擬練習，給予提示，褪去提示，在真實情境中實際對話。

聚焦刺激 (focused stimulation) 則是提供大量遊戲教材並使用簡單，重覆語句來談論當下的狀況，使用各種不同句型增加孩童的語言理解能力。

3. 發展性語用介入：

2006 Prizant 和 Wetherby 等人提出 SCERTS(social communication, emotional regulation, transactional support) 模式，地板時間，關係發展介入及語言力 (Talkability, Sussman, 2006) 等方法皆是，但仍缺乏有實証性之療效研究證明有明顯改善，大多只是個案報告或少數個案短期追蹤研究。

結論：

語言介入治療模式中以行為導向的訓練方法雖有某些程度的成效，但在類化及主動性方面仍較弱。自然情境導向強調社交溝通也有經驗支持，但缺乏全面性課程，端賴治療人員個人的專業技巧。發展導向介入方法則較缺少延伸課程及經驗支持。

自閉症類疾患兒童之整體與輔助療法
Complementary and Alternative Medicine Treatments for Children with Autism Spectrum Disorder

Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.
2008:17,803-820

台北市立聯合醫院婦幼院區
早期療育評估中心主治醫師何淑賢

根據美國疾病管制及預防中心，2007 年調查報告，自閉症類疾患 (ASD) 在兒童的發生機率為一百五十分之一，通常在兒童早期即出現嚴重程度不一之社會互動、溝通及行為上的核心症狀。本文中討論的 ASD 包含自閉症、亞斯伯格症 AS 及其他未註明之廣泛性發展障礙 PPD-NOS (不含雷特氏症及兒童期崩解症)。由於 ASD 的真正病因仍然未有定論，症狀表現差異性大且隨著發展能力的提昇而改變，因此 ASD 兒童的家人常會轉向尋求非傳統治療協助。本文討論 ASD 兒童常用的整體與輔助療法 CAM。

美國國家整體與輔助療法中心 NCCAM 報告超過四分之三的美國成年人接受 CAM 來治療疾病及維持健康。有報告指出約 50%~75% 自閉症兒童曾接受 CAM。Levy 及同事 (2003) 報告約三分之一轉介評估 ASD 的兒童，曾接受飲食療法。NCCAM 將 CAM 歸納分成四大類：(1) 身心療法 mind-body medicine。(2) 生物療法 biologically base practices。(3) 操作性或身體基礎療法 manipulative and body-base practices。(4) 能量療法 Energy medicine。約一半的 ASD 兒童家庭選擇使用生物療法，30% 使用身心療法，25% 採用操作性或身體基礎療法。Hanson(2007) 報告約 41% 家庭認為飲食及營養治療有幫助；Wong 和 Smith(2006) 發現 75% 家庭認為他們的治療有效。至於選擇使用 CAM 的原因，Hanson(2007) 的報告中顯示，超過 75% 家庭因他們的健康照顧提供者建議或依科學根據而使用；約 50% 家庭希望 CAM 可治癒，或經由親友或其他 ASD 家庭推薦；約 39% 因希望使用較“自然”的療法而選擇；25% 透過媒體選擇。家長們希望可利用多種不同方式改

善孩子的症狀，減少副作用而非因對於傳統治療不滿意。CAM 治療不只針對 ASD 兒童的核心症狀，同時可加強專注力、降低腸胃症狀、改善睡眠、放鬆身心及促進整體健康。

本文回顧了現有的相關文獻，根據證據的強度將 CAM 療法分成三個等級：

A 級：隨機對照研究 randomized controlled trials；文獻回顧 reviews；後設分析 meta-analyses

B 級：其他單獨設計良好的有對照組及無對照組研究

C 級：個案報告或學說 / 理論推測 theory

（一）身心療法 mind-body medicine

1. 瑜珈 Yoga — C 級

瑜珈雖是一種很普遍，用來降低焦慮的身心療法，但無研究資料顯示可改善 ASD 的症狀。

2. 音樂療法 — B 級

有小型的研究報告，利用單獨音樂療法增強自閉症兒童的社交及溝通發展，顯示對於口語及姿勢溝通有正向效果。目前臨床上音樂治療多搭配其他療法（教育／行為）同時進行。

（二）生物療法 biologically base practices

1. 維生素 B6/ Mg2+ — B 級

雖然使用維生素 B6/ Mg2+ 治療自閉症已超過 20 年，但因研究報告不多，樣本數少，研究設計缺陷及仍未有後設分析，目前仍未有足夠證據支持使用這些補給品。最近的 Cochrane Review(2005) 發現三個在 1993 年至 2002 年完成有對照組（使用安慰劑或未治療組）的研究，雖符合 Cochrane Review 的標準，但有顯著的方法學上的缺失，如診斷、選擇個案標準、結果測量 outcome measures 等描述不完整：

(1) Findling 及同事 (1997) 報告 12 位個案接受前 2 週非隨機的安慰劑使用，之後進入隨機雙盲，有安慰劑對照的研究。10 位完成研究之個案無療效差異。

(2) Kuriyama 及同事 (2002) 報告 8 位使用維生素 B6 和 Mg2+ 的學童，智商 IQ 及社交商數 Social Quotient 的分數有進步。

(3) Mousain — Boss 及同事 (2006) 報告，33 位使維生素 B6 和 Mg2+ 的 ASD 兒童症狀有改善。

2. 二甲基甘胺酸 Dimethylglycine (DMG) — B 級

有一個較早期的個案系列 case series 報告，針對智能不足兒童給予 DMG 治療，發現語言及注意力有改善。另有兩個小型雙盲研究，無法顯示 DMG(安慰劑對照) 對於自閉症症狀有正向的療效。

3. 褪黑激素 Melatonin — B 級

臨床研究顯示 ASD 個案有 Melatonin 製造或釋放異常，至少有一個大型的個案系列報告指出睡前服用 0.75 至 6mg 的 Melatonin 可幫助入眠及睡眠維持（本研究因是小型的隨機研究可獲得較大 effect size 而推測有效）。Anderson 及同事 (2008) 報告 107 位自閉症兒童服用 Melatonin，其中多數同時合併使用其他精神科藥物，三位有早上嗜睡及尿床副作用，未有報告對癲癇有影響。

4. 維生素 C — B 級

Dolske 和同事 (1993) 報告 18 位 ASD 兒童，接受 30 週的雙盲，有安慰劑對照組的研究發現服用維生素 C 可減少重覆動作 stereotyped behavior，但至今仍未有研究可複制此結果。

5. 胺基酸 Amino acids — C 級

肌太 Carnosine — B 級

（屬 dipeptide 雙胜太類）

早期生物學研究發現自閉症個案及其家人，週邊血液中血清素 serotonin 濃度異常，因此使用色胺酸 tryptophan 可增加腦中血清素的製造，但臨床上未有研究驗證 tryptophan 對自閉症狀的療效。對於其他常用於自閉症兒童的胺基酸，如 taurine、lysine 或 GABA，皆無同儕審查文獻 peer-reviewed 研究瞭解其療效。其中有一個針對 31 個自閉症兒童的雙盲，有安慰劑對照組的研究，結果發現使用 8 週 L-Carnosine 800mg/d 可改善 Gilliam Autism Rating Scale，及有接受性及表達性詞彙的進步。

6. 脂肪酸 Omega 3 Fatty acids — B 級

研究發現自閉症兒童血液中多元不飽

和脂肪酸的含量比一般孩童低，但無臨床相關性。Amminger 和同事 (2007) 報告 13 位 ASD 孩童在進行 6 週隨機分配，雙盲有安慰劑對照組之口服脂肪酸補給品研究，發現在行為上有進步，除胃腸症狀外無其他副作用。

7. 葉酸 Folate 和氧化應激 Oxidative stress — C 級

自閉症常見的假設認為曝露在有毒物質或造成氧化應激將進一步造成神經性損傷，導致退化現象。James 和同事 (2004) 曾描述 20 位自閉症兒童（33 位對照組）不正常的代謝數據，與甲基化功能 Methylation capacity 的損害假設一致。研究中使用 folinic acid、甜菜鹼 betaine 和 methylcobalamin (VitB12) 後，實驗室檢查數據都正常化，但未報告臨床表現之結果。至今在科學文獻上仍未有隨機對照的療效研究報告，這些假設需要進一步的研究。

【註：氧化應激 oxidative stress 是指組織或細胞中自由基／抗氧化物，比值不平衡的狀態，尤其是當體內自由基過剩情況下，抗氧化物被過度耗損的失衡狀態】

8. 不含麩質 Gluten-free/ 不含酪蛋白 casein-free 食物 — B 級

有學說認為 ASD 個案的腸道容易有破損，導致酪蛋白（來自奶類製品）及麩質（來自大麥、小麥、黑麥）沒有完全消化的成份跑到血液中，這些成份會像嗎啡一樣，麻痺大腦，損害腦細胞，因此去除了麩質及酪蛋白的食物，會改善 ASD 兒童的行為。有一個小型單盲研究認為有些進步，但有一個雙盲研究則無法呈現語言或行為上的改善，雖然有些家長自述有差異。使用無麩質和酪蛋白食物的家庭，需有營養諮詢以確保孩童攝取足夠的鈣質、維生素 D 及蛋白質。

9. 胃腸藥物 Gastrointestinal medication — C 級

由於臨床上常見 ASD 孩童有以下的胃腸症狀，如胃食道逆流、便秘、腹瀉，以及拒食等，因此有些家庭使用消化酵素，但目前無實證研究認為有效。而益生菌常使用來改善小腸的微生物環境。

10. 胰泌素 Secretin — A 級

自從 Horvath(1998) 報告了自閉症個案接受內視鏡檢查使用 secretin 後症狀明顯改善，有超過一打的設計執行良好的研究都無法呈現 secretin 可改善自閉症症狀。最近一個 Cochrane Review (2005) 報告了 14 個隨機對照研究，共有 618 位孩童（其中 9 個研究是交叉投藥設計），其結論為無證據顯示單一或多劑量 secretin 對 ASD 症狀有療效。

11. 高壓氧治療 Hyperbaric oxygen therapy — C 級

由於自閉症的成因仍不詳，但有假說認為與腦部或腸胃道發炎、腦部的血流量低下、氧化激應異常 oxidative stress aberrant 有關。因此推估高壓氧藉由調升代謝率可改善自閉症症狀。有一個開放臨床研究，18 位自閉症兒童接受 40 場次的高壓氧治療（非隨機分配 6 位接受 1.3 atm 24% O2 及 12 位接受 1.5 atm 100% O2），而大部份兒童已經接受其他的抗氧化治療。雖然 Creactive protein 在最高 oxidative stress metabolite markers 組有顯著下降及家長自述孩子症狀有改善，但因潛在的 confounding effect 而使得研究結果難以被詮釋。至今未有隨機對照研究支持高壓氧治療在 ASD 的使用。

12. 螯合 chelation — C 級

2001 年有報導提出關於汞中毒及自閉症症狀的相關假設。之後有數個流行病學調查探討此一相關性，雖然都未能有足夠的實證指出相關性，但化學螯合治療 Chemical chelation treatment 仍流行起來。螯合治療主要是給予 DMPS (2,3-dimercaptopropane-1-sulfonate) 或 DMSA(2,3-dimercaptosuccinic acid)，與體內的重金屬（如汞）結合以利排出體外。目前無對照研究驗證自閉症兒童使用此一療法之安全性及療效。更重要的是，曾有個案因使用 EDTA 螯合治療造成低血鈣而死亡。

13. 免疫療法 Immune therapies — C 級

有假說認為產前免疫反應可能影響胎兒的腦部發展，但自閉症兒童的免疫功能資料呈現變異大。有 3 個個案系列報告給予自閉症兒童靜脈注射免疫球蛋白 G，其中一個開放性研究報告有進步，但其他兩個

對個案敘述較完整的研究則無此結果。由於無常見的免疫疾病症狀，目前未推薦在自閉症兒童使用此療法。

14. 抗生素 Antibiotics — C 級

有報告指出，自閉症兒童早年頻繁的呼吸道及腸胃道的感染可能造成腸胃道微生物的失衡或免疫功能失調，Sandler 和同事 (2000) 報告了 11 位兒童使用了口服 vancomycin 後有短期行為的進步。此外無其他資料或研究可得。

15. 抗真菌劑 Antifungal agents — C 級

早期有報告 2 位有自閉症症狀男孩的尿液中有酵母菌的代謝產物，而推估體內有酵母菌過度增生的現象。抗生素的使用及過度攝取糖份也造成體內酵母菌的過度增生，進一步可能造成體內微生物失衡或其他與自閉症相關的免疫反應。但至今無對照研究驗證抗真菌劑的療效。

（三）操作性或身體基礎療法 manipulative and body-base practices

1. 整脊療法 Chiropractic — C 級

針對自閉症症狀無此一療法的同儕審查文獻 peer-reviewed。

2. 顱薦按摩 Craniosacral massage — C 級

雖然有整脊師、骨科醫師、職能治療師提出對於頭顱及頸椎的按摩可促進腦部血液循環，但無針對自閉症個案的研究報告。

3. 按摩 / 治療性觸摸療法 Massage/therapeutic touch therapies — C 級

自閉症個案常常合併有感覺異常，此治療模式包含按摩及芳香療法。

4. 聽覺統合訓練 Auditory integration — B 級

近期的系統性回顧文獻 systematic reviews(2004,2006)，共有 6 個隨機對照研究，但都有明顯設計上的缺陷，無法進行後設分析。Conchrane Review 的作者 (2004) 同意美國兒科醫學會的建議，聽覺統合訓練在未有實證研究支持前應被視為一個實驗性治療方法。

（四）能量療法 Energy medicine

經顱磁刺激 Transcranial magnetic stimulation(TMS) — 無等級

TMS 是指將電磁線圈放置在頭皮上，給予快速磁脈衝，造成微量電流通過大腦皮質。目前仍無 TMS 對自閉症的療效報告。

結論

當健康提供者越來越傾向以實證驗證傳統治療法時，他們也應該審查病人同時使用的 CAM，他們應該鼓勵家長告知孩子們正在接受的所有介入 intervention，如此一來，才能監測副作用或可能的藥物相互作用。有些 CAM 已有足夠證據拒絕使用，如 Secretin，也有些 CAM 出現新的證據支持在傳統醫學上的使用，如褪黑激素 melatonin，但大部份的 CAM 仍無足夠的證據支持。另外，要注意 CAM 的使用可能會延緩或中止其他有效治療。

自閉症孩童睡眠障礙之評估與治療
Assessment and Pharmacological Treatment of Sleep Disturbance in Autism

Child Adolesc Psychiatric Cliln N Am. 2008: 17,773-785

台北市立聯合醫院婦幼院區
早期療育評估中心主治醫師羅筠

根據過去文獻紀錄，約有 20-30% 的孩童有睡眠方面的困擾，睡眠障礙造成孩童白天的情緒行為問題，亦影響語言，認知，注意力，記憶等各方面的發展，改善睡眠品質有助於改善日常生活功能，特別是對於發展障礙的孩童。在自閉症孩童身上，異常的神經傳導系統（包括 GABA, serotonin 和 melatonin) 有可能影響到正常睡眠週期之建立．近年的一些研究顯示自閉症患者日間血液 melatonin 濃度較常人為高而夜間 melatonin 濃度較低，而這類患者在臨床表現是否可再歸類於不同亞型則有待探討。

平均 44%-86% 的自閉症孩童有睡眠障礙，其中又以失眠的比例為最高，造成失眠的原因分類如下：

- 神經生物性（與 GABA, Melatonin 等相關）
- 行為模式（不適當的睡眠習慣）
- 神經系統疾病（如：癲癇）

- 其它生理疾病（如：胃食道逆流）
- 精神疾病（如：焦慮）
- 藥物（如：類固醇，支氣管擴張劑）
- 其它睡眠疾病（睡眠呼吸中止症，腿部躁動症 (Restless leg syndrome)）

睡眠障礙的評估及治療

在臨床上常用問卷為 The Pediatric Sleep Questionnaire 及 Children's Sleep Habits Questionnaire, 如孩童呈現睡眠呼吸中止之徵兆，須安排睡眠檢查 (polysomnography)。若出現異常的睡眠行為，須考慮夜間癲癇發作而安排腦波檢查。關於單純失眠的初步處理，建議先搜集完整的病史，包括睡眠環境，行為習慣，及紀錄睡眠日誌。先以修正環境及行為治療處理，即可解決一部份的困擾，若否則考慮進一步的評估及藥物治療。

目前 FDA 尚無通過可用於兒童失眠之藥物，但研究顯示非藥品的退黑激素 (melatonin) 對自閉症孩童有些幫助。Melatonin 是一種由松果體製造的荷爾蒙，

雖然其效果及耐受性尚未經廣泛的研究，但因花費低，安全性高且不須處方即可取得而成為常用來治療自閉症孩童失眠的首選。Melatonin 協助睡眠的作用機轉未明，可能與其啟動了正常生理時鐘的週期，或者與其助眠效果，降低體溫或減少焦慮等機轉相關。

Melatonin 可以縮短入睡時間，延長總睡眠時數並改善睡眠效率 (sleep efficiency = 睡著時數 / 躺床時數)。對於無癲癇病史的孩童，melatonin 不會誘發癲癇發作，但曾有一研究中的五位難治型癲癇孩童在使用 melatonin 後，癲癇發作的頻率增加。另一較大型，針對超過 100 名以上自閉症孩童的研究顯示有 85% 的個案在使用 melatonin 後睡眠改善，且僅有少許的副作用（疲倦，起床困難，頭痛）。

Melatonin 之半衰期短暫，若用來調整睡眠週期，於睡前數小時予以 <500ug 之劑量；若要達到助眠的效果，需於睡前約 30 分鐘予以 1-3mg 之劑量。通常起始劑量為 1mg, 根據效果每隔一至兩週上調 1mg, 僅少數個案需用到 6mg 以上的劑量。建議家長使用相同廠牌的產品，並避免某些添加其它成份（如 diphenhydramine) 的製品，當正常睡眠型態建立六週後即可考慮停藥止使用。

雖然儘有少量的研究數據支持藥物的使用，但對於某些合併行為情緒問題的自閉症孩童，低劑量的藥物合併行為策略仍有其必要。但需注意自閉症孩童之語言能力不佳，需更加注意評估藥物造成的不適感覺。當孩童合併癲癇發作時，具鎮定效果的抗癲癇藥物（如 carbamazepine, gabapentin, topiramate) 可協助睡眠障礙問題， Risperdone 可用於合併嚴重躁動及攻擊行為的自閉症失眠孩童，並將主要劑量移至夜間。對於焦慮或憂鬱的孩童，可於睡前使用具較強鎮定效果的抗憂鬱劑（如 mirtazapine, trazadone, fluvoxamine, TCA 等）。有些孩子因過度警醒而導至入睡困難，可考慮 clonidine 及 clonazepam。

自閉症臨床藥物治療
Developing Drug for Core Social and Communication Impairment in Autism

Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2008:17,787-801

An Update on Pharmacologic Treatment of ASD

Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2006:15,161-175

台北市立聯合醫院婦幼院區
期療育評估中心主治醫師吳貞瑩

近 20 年，對自閉症的警覺度越來越高，還有變寬的定義的影響，被診斷為自閉症的人數明顯的增加，從約 1/4000 到最近的 1/400，若是加入更寬定義的表現型那盛行率就會就更高。對於全球的自閉症盛行率的增加，目前沒有一致的說法。

要找出自閉症的原因還是很困難，但是研究中多樣化的基因表現支持 ASDs 的原因是屬於 heterogeneous 且由多因子所影響。已有許多不同的基因被認為與自閉症有關，也有研究發現有腦部形成的異常，包括出生六個月腦部成長的速度過快，小腦的 Purkinje cells 形成減少，amygdala、thalamus、cerebellar regions 生長

不均。還有粒腺體或是細胞呼吸的異常也都有越來越多的研究發現，約佔自閉症的 7%。目前多樣化的神經學發現還是沒有特一性但是可能有共通的原因（common pathway）像是神經聯結的問題或是大腦組織化的問題（connectivity or cerebral organization）。

近幾年針對自閉症的藥物治療最讓人感興趣的是 secretin。Hoveath 用 secretin 治療有腸胃症狀的自閉症病人，發現可以改善他們的溝通能力和社會關係。但接下來的 15 個 controlled studies 都沒辦法得到相同的結果。沒有一項藥物是 FDA 的適應症可以專門用來治療自閉症。ASD 被帶來看精神科多是因為干擾行為，如攻擊、自傷、重複行為、過動、還有情緒症狀、焦慮、睡眠問題。使用不同藥物治療不同的症狀。超過 1/2 的自閉症有 ADHD 症狀，即使如此，這些行為並不被認為是自閉症的核心症狀。自閉症的藥物治療焦點在源發的情緒問題和目標行為症狀。找到目標症狀，再依據症狀給予藥物治療才是最有效的。

臨床藥物類別

抗憂鬱劑

SSRI 在自閉症的使用上越來越多，Soorya 的報告中討論到自閉症有 5-HT 的異常且和 OCD 共有相同的症狀。所有的 SSRI 都曾被使用在 ASD，有些可以減少重複想法和重複行為。一些 fluoxetine 和 fluvoxamine 的研究顯示可以改善反覆想法和重複行為，還有重複語言。研究中在 PDD 兒童青少年使用 fluvoxamine 106.9mg/day 出現了高比率的副作用，包括失眠、過動、躁動及攻擊行為，即使這劑量在 OCD 孩童是可以承受的（well tolerated in child with OCD）。在 Hollander 的 fluoxetine 的研究中，在兒童青少年緩慢增加劑量至 0.4mg/kg/day~0.8 mg/kg/day 對減少重複行為是有效的，且副作用少；但是對於語言能力和社會行為並無幫助。 DeLong 的 fluoxetine 的研究得到最好的療效結果：129 個自自症孩子 89 人在數個核心症狀皆有進步，但是這研究沒有好的控制組和標準的預後測量方法。Sertraline 有 open-trial 支持在成人和青少年都有效。Paroxetine 有青少年的個案報告有效，citalopram 和 escilopram 有 open trials 顯示對 PDD 青少年的焦慮、攻擊行為、僵化重複行為（stereotypy）、preoccupation 都有效。Mirtazapine 在 26 個 PDD 的青少年和成人的研究，對攻擊、自傷行為、躁動、過動、焦慮、憂鬱、失眠都有效。

ASD 的治療劑量比一般人少。Hollander 發現低劑量滴劑 fluoxetine 9.9±4.35mg 就可以減少同青少年 ASD 的重複行為。Hollander 在 venafaxine 的研究中也只給 ASD 的兒童只有成人約 1/3~1/10 的劑量就有效。

SSRI 副作用：DeLong 研究中，fluoxetine 治療的 129 個 ASD 病人當中有 5 個出現躁症，出現躁症的病人則合併情緒穩定劑一起使用。Owley 用 escitalopram 起始慢慢逐漸增加劑量，視需要減少劑量的方式以減少躁症出現。另外 SSRI 即使很罕見還是可能會有 EPS（extrapyramidal side effect）。

抗精神病藥物

Risperidone FDA 准許使用在 5-16 歲自閉症的激躁症狀，包括攻擊行為、自傷行為、暴怒（tantrum）、情緒波動（mood swings）。有許多的大型研究顯示 resperidone 對不管是自閉症的小孩青少年成人的激躁症狀都有效，但是對核心症狀的改善有限。曾有研究顯示在激躁症狀的 PDD 孩子使用 riperidone，對社交退縮、重複語言、自閉症的核心症狀會有幫助。但必須考慮 prolactinemia 的副作用，研究顯示個案持續使用 risperidone 0.75-2 mg/day 12 週後，血中 prolactin 會顯著增加（從 166 到 504 ng/ml）。

其他的非典型抗精神病藥都曾被拿來使用在成人或孩童 PDD 身上，主要是對激躁行為有幫助，但是對核心症狀的改善都有限。Olanzapine Potenza 的 olanzapine 在成人 PDD 的研究發現在社會、語言能力還有激躁症狀都有進步，但是大多 olanzapine 的研究個案都有過度的體重增加的情況。Quetiapine Corson 的研究發現對有嚴重干擾行為的 PDD 有效。Ziprasidone、Aripiprazole 小型報告顯示效果良好，且也較不會增加體重。Topiramate 一個六個案的報告顯示併用可以減少體重增加。

乙烯膽鹼藥物

Donepezil 乙烯膽鹼胺抑制劑，適應症為阿茲海莫症。兩個小型研究中，激躁和過動症狀有進步，但是對語言和重複行為沒有幫助，且有嗜睡的情況。一個 double-blind placebo-controlled trial 研究中，donepezil 合併著其他精神科藥物使用，發現個案的接收和表達性語言

能力都有增加，但是有五個個案出現激躁症狀。

Galantamine　乙烯膽鹼胺抑制劑。一個 open-lable trial 顯示 13 個自閉症的兒童青少年有五個因為症狀惡化或是頭痛退出研究，其他八個在整底 CGI 分數、社交退縮、自閉症症狀分數、和激躁量表分數都有改善。

Rivastigmine　一個 open-label study 顯示 32 個 3-12 歲的自閉症孩子治療 12 週之後，在語言表達還有整體的自閉症症狀（Childhood Autism Rating Scale）皆有進步。

其他

GABA 藥物　臨床上 BZD 藥物用在自閉症的干擾行為已有一段時間。但是 Diazepam 有兩個報告顯示焦慮和攻擊行為反而增加。Flumazenil 一個研究顯示，藥物效果是有效但是暫時的。Topiramate 有一個研究顯示 15 個個案中有 8 個在過動、不專心、反抗行為有進步；但是 2 個個案出現認知遲鈍（cognitive dulling）。

情緒穩定劑 Mood Stabilizers（Glutamatergic 藥物）

因為自閉症常合併癲癇且會影響他的學習和語言發展。而且許多抗癲癇要被認為有情緒穩定劑的作用，可以考慮用在攻擊行為和衝動性上面。但是在治療自閉症上效果有限。Amantadine 有一個報告顯示對不專心和不恰當語言有效。D-cycloserine 在 Posey 的 single-blind 研究中，10 個小孩治療 8 週，社交退縮和社交反應有顯著進步。

Oxytocin 曾有證據顯示和自閉症有關。一個對 15 個亞斯伯格症成人的研究中好像有些效果但需要再進一步研究。

腎上腺素藥物（Noradrergic agent）

因為中樞神經刺激劑可能惡化 PDD 個案的飲食睡眠問題還有僵化行為的問題，非中樞神經刺激劑作為替代藥物。目前沒有 atomoxetine 用在 ASD 的研究報告。Guanfacine 和 clonodine 可能對有 ADHD 症狀的 ASD 有效。Posey 的大型實驗中曾經報告 guanfcine 對 PDD 的過動和不專心有效，有效比率約 1/4 到 1/3。Clonidine 0.05-0.2 mg 對自閉症的孩子作 EEG 之前的鎮定作用是有效的。

鴉片類藥物

Panksepp 的研究曾經說過 opiodergic abnormalties 可能是自閉症的核心問題，但是後來的研究（主要是 naltrxone）結果沒有一致性。Naltrexone 也曾被拿來治療自閉症的自傷行為或其他問題，但是卻沒有一致結果。在兩個小型的兒童自閉症研究中發現，naltraxone 對過動症狀有效，且副作用相對輕微。

中樞神經刺激劑

中樞神經刺激劑還是治療 ASD 個案的過動和不專心最有效的藥物。但是有可能引發抽搐和僵化重複行為的危險性，需要評估好壞效益並和家人討論評估。Di Martino 研究發現單一劑量 0.4mg/kg 約有 1/3 的個案過動、僵化行為、煩躁不愉快、抽搐反而會增加，此時不應該再嘗試增加劑量。在低劑量 0.3-0.6 mg/kg/day 很多個案在過動的症狀就會改善，但是自閉症的核心症狀是不會改善的。

維他命

曾經有報導說自閉症的個案有維他命缺乏，但是即使在血中濃度有顯著改善的情況下，個案仍沒有任何的進步。

Secretin　這是最新被注意到可能對自閉症核心症狀有療效的藥物。最好的療效報告是一個 3 個 PDD 個案的報告中發現有療效，但在後來的研究中尚未發現真的有療效。

總結

SSRI 對 ASD 個案的焦慮、重複行為最有效，對強迫想法和行為、社交抗拒和退縮可能有幫助。抗精神病藥對激躁、過動、攻擊行為最有效。NMDA 拮抗劑（如 amantadine, memantine）在某些個案的社交退縮、過動、不恰當語言有用。D-cycloserine 對改善社交反應有部分效果。鴉片類藥物可能可在控制自傷行為上扮演一定的角色，但是自傷行為是複雜問題使否可以拿單一藥物作治療需進一步研究。膽鹼藥物可以用在激躁症狀的替代考慮。中樞神經刺激劑可以改善注意力和過動症狀，但是建議低劑量和密切觀察。情緒穩定劑尚在研究中。因為自閉症個案通常不會配合吃藥，導致用藥的不規則，也會影響到安全性和臨床觀察的可信度，所以有研究顯示以行為治療來達到規則服藥是有用的。

98 年夏季號通訊考題

1. 有關自閉症患童的睡眠問題下列何者『錯誤』？

A. 如孩童呈現睡眠呼吸中止之徵兆，須安排 Multiple Sleep Latency Test (MSLT) 來鑑別診斷。

B. 若出現異常的睡眠行為，須考慮夜間癲癇發作而安排腦波檢查。

C. 關於單純失眠的初步處理，建議先搜集完整的病史，包括睡眠環境，行為習慣，及紀錄睡眠日誌。

D. 先以修正環境及行為治療處理，即可解決一部份的困擾，若否則考慮進一步的評估及藥物治療。

2. 有關 Melatonin 使用於自閉症患童睡眠障礙，下列何者為『非』？

甲．Melatonin 可以縮短入睡時間，延長總睡眠時數並改善睡眠效率。

乙．目前 FDA 已通過 melatonin 可使用於兒童睡眠障礙

丙．若用 Melatonin 來調整睡眠週期，於睡前 30 分鐘予以 1-3 mg 之劑量。

丁．若要達到助眠的效果，起始劑量可由 1mg, 根據效果每隔一至兩週上調 1mg, 僅少數個案需用到 6mg 以上的劑量。

A. 甲＋丁

B. 乙＋丙

C. 甲＋乙＋丙

D. 甲＋丙＋丁

3. 有關自閉症類疾患兒童之整體與輔助療法，下列何整『錯誤』？

A. 證據顯示 Secretin 對 ASD 症狀有療效。

B. Amminger (2007)13 位 ASD 孩童在進行 6 週隨機分配之研究顯示，與安慰劑對照組之口服脂肪酸補給品研究，發現 Omega 3 Fatty acids 對於 ASD 患童在行為上有進步，除胃腸症狀外無其他副作用。

C. 瑜珈雖是一種很普遍，用來降低焦慮的身心療法，但無研究資料顯示可改善 ASD 的症狀。

D. 至今未有隨機對照研究支持高壓氧治療在 ASD 的使用。

4. 有關 ASD 藥物輔助治療，下列何者正確？

A. FDA 准許使用在 12 歲以上自閉症的激躁症狀，有許多的大型研究顯示 resperidone 對不管是自閉症的小孩青少年成人的激躁症狀都有效，但是對核心症狀的改善有限。

B. Potenza 的 olanzapine 在成人 PDD 的研究發現在社會、語言能力還有激躁症狀都有進步，但是大多 olanzapine 的研究個案都有過度的體重增加的情況。

C. 使用抗憂鬱劑在 ASD 青少年之 OCD 症狀或是重覆性的行為，治療劑量約同一般青少年 OCD 之劑量。

D. 中樞神經刺激劑還是治療 ASD 個案的過動和不專心最有效的藥物，治療劑量約在 0.8-1.2 mg/kg/day。

5. 有關 ASD 藥物輔助治療下列何者正確？

甲．SSRI 對 ASD 個案的焦慮、重複行為最有效，對強迫想法和行為、社交抗拒和退縮可能有幫助。

乙．抗精神病藥對激躁、過動、攻擊行為有效。

丙．NMDA 拮抗劑（如 amantadine, memantine）在某些個案的社交退縮、過動、不恰當語言有用。

丁．膽鹼藥物可用在激躁症狀的替代考慮用藥。

戊．針對自閉症的核心症狀研究指出腎上腺素藥物證實有效。

A. 甲＋乙＋丙

B. 甲＋丁＋戊

C. 甲＋乙＋丙＋丁

D. 甲＋乙＋丙＋丁＋戊

文獻選讀

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder

出處 | American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007

作者 | 2007 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

研究結果

Recommendation 1
ADHD 篩檢應該是心理健康檢查的一部份。

Recommendation 2
評估應該包括和患者及家長的面談，收集學校與日常功能的資訊，其他併存精神疾病的評估，以及患者醫療，社會，與家族史的回顧。

Recommendation 3
實驗室或神經學檢查並不一定需要。

Recommendation 4
診斷 ADHD 並不一定需要心理或神經心理測驗，但如果患者有智能偏低，或是語言或數學的低成就，這些測驗就有必要。

Recommendation 5
臨床醫師需要評估 ADHD 患者是否有併存的精神疾病。

Recommendation 6
對於每個 ADHD 的患者，都需要有一個完整而且深思熟慮的治療計劃。

Recommendation 7
對 ADHD 患者的起始藥物治療，應該選擇被衛生主管機關核准的藥物。
藥物的選擇：The American Academy of Pediatrics (American Academy of Pediatrics, 2001), an international consensus statement (Kutcher et al., 2004), and the Texas Children's Medication Project (Pliszka et al., 2006a) 均建議 stimulants 為第一線治療選擇。許多研究顯示 stimulants 療效優於 atomoxetine (Michelson, 2004);(Wigal et al., 2004);(Faraone et al., 2003)。

Recommendation 8
如果上述藥物治療效果不佳，臨床醫師必須對診斷作仔細的回顧，然後考慮行為治療或是其他未被核准的藥物。

Recommendation 9
在 ADHD 的藥物治療過程中，患者需要被監測治療相關的副作用。

研究結果

- ***Stimulants***：多數副作用是暫時的，而且可能與治療沒有相關，因此需要評估這些副作用是否影響患者的健康或是正常功能。
- ***Atomoxetine***：常見：腸胃不適，嗜睡，食慾減退。頭痛可能會持續、肝毒性報告、自殺意念。

Recommendation 10
如果患者對藥物治療有良好反應，而且有正常的學業，家庭，和社會功能，那麼單獨使用藥物治療 ADHD 是適當的。

Recommendation 11
如果患者對藥物反應不夠理想，有其他併存疾病，或是家庭生活中有壓力源；那麼社會心理治療合併藥物治療通常是有幫助的。

Recommendation 12
患者需要定期被評估，以決定是否需要繼續治療，以及症狀是否緩解。
只要症狀持續而且造成影響，ADHD 的治療就不能中斷。

Recommendation 13
接受藥物治療的患者，需要在治療期間監測身高和體重的變化。

- ***METHYLPHENIDATE***
  Ritalin 與 CONCERTA
  短效型（如 Ritalin）通常用於小小孩 (<16kg) 的起始治療，但其缺點是一天需要服用兩次至三次來控制症狀。
  長效型 CONCERTA 提供了更佳的安全性，保障隱私，並有更佳的服藥遵從性，但可能對晚上的食慾與睡眠有影響。
- ***SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR***
  Atomoxetine (Strattera)
  需密集監測自殺意念與行為，症狀惡化，或任何不尋常的行為變化。

(本文由楊森大藥廠提供)

專思達

全心守護ADHD孩童

From Home to Homework

7:00 am — 服用一顆CONCERTA® 專思達

8:00 am — 專心上課四個小時，小case！

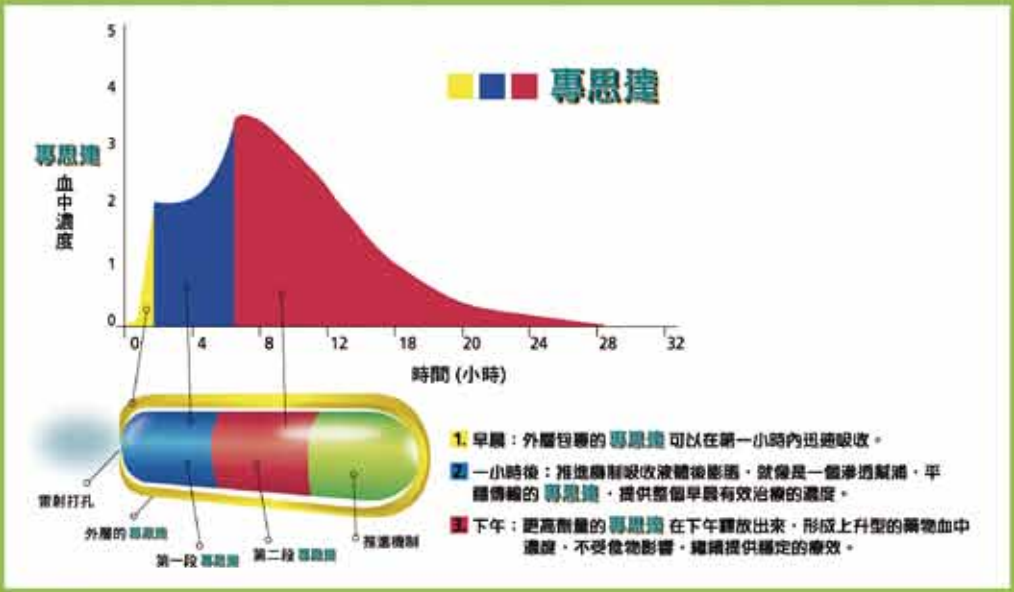
12:00 pm — 和同學一塊吃午餐！

1:30 pm — 上數學課，老師誇我做得又快又正確！

3:00 pm — 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！

4:00 pm — 吃個點心，晚上還要加油呢！

6:30 pm — 家庭作業做完囉！媽媽好開心！YA !!!



楊森生醫股份有限公司
楊森大藥廠
台北市敦化南路二段319號8樓
電話：(02) 2732-6611
資料來源：Concerta package insert 0802
CCT-09090510

一天一次
CONCERTA® 專思達
methylphenidate HCl
一顆安心 學習專心
18mg 衛署藥輸字 第023731號
36mg 衛署藥輸字 第023880號
54mg 衛署藥輸字 第024229號
北市衛藥廣字第98050130號

發 行 人：丘彥南
秘 書 長：劉士愷
副秘書長：商志雍、梁歆宜、劉弘仁、王明鈺、周妙純、林建禾、王迺燕
理 事：王雅琴、丘彥南、李鶯喬、李慧玟、周文君、張學岑、吳佑佑、高淑芬、鄭 琿、侯育銘、陳映雪、葉啟斌、陳質采、陳俊鶯、劉珣瑛
監 事：宋維村、陳信昭、李儒卿、臧汝芬、鄒國蘇
總 編 輯：吳佑佑 副總編輯：梁歆宜
助理編輯：王心怡
發 行 所：台灣兒童青少年精神醫學會
編 輯 處：104台北市中山區松江路22號9樓之3
聯絡電話：(02)25682083 傳真：(02)25683463
學會電子郵件：tscap.taipei@msa.hinet.net